Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

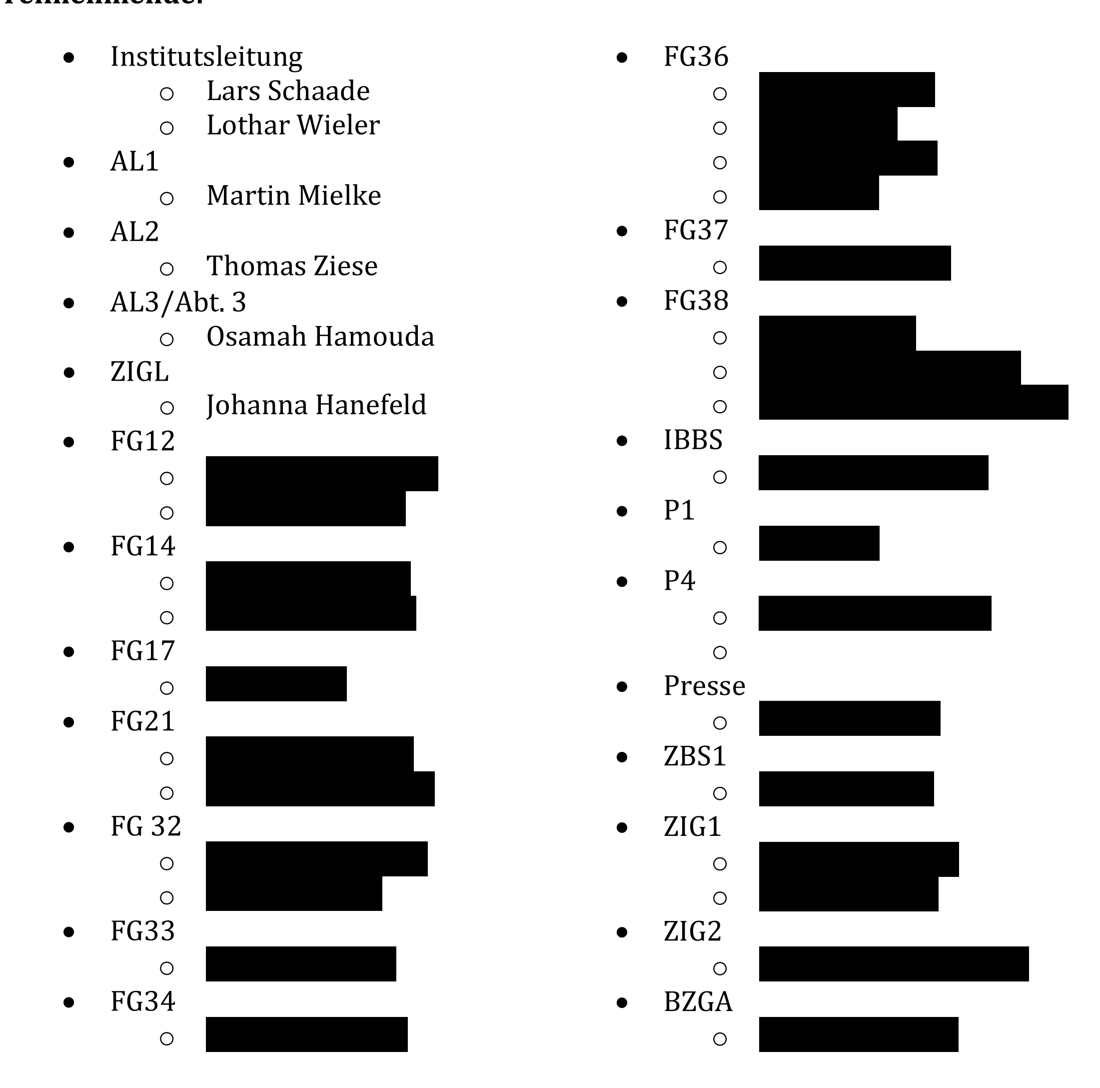
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:



- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  -
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Trendanalyse international (Folien hier): weltweiter Rückgang der Fallzahlen (-12,5%) ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Top 5 wie letzte Woche, Änderungen im unteren Bereich: Spanien, Türkei, Deutschland nun nicht mehr dabei, neu hinzugekommen sind Indonesien, Mexiko und Tschechien, letzteres mit der weitaus höchsten Inzidenz und stärksten Veränderungen (R>1) ▪ Abnahme der Fallzahlen in den meisten Ländern bis auf Brasilien, in Italien, Indien geringe Abnahme ▪ Sehr hohe Fallsterblichkeit in Mexiko (8,8%) ○ 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner Karte ▪ Tschechien deutlich zu sehen, auch Anstieg in manch anderen Ländern sichtbar, z.B. Schweden, Finnland ○ WHO epidemiological update 16.02.2021 ▪ Rückgang in allen Regionen, sowohl Neufallmeldungen als auch Todesfälle ▪ Übersicht Virusvarianten VOC, weitere Länder melden Nachweise, UK VOC B.1.1.7 in 94 (+8), Südafrika B.1.351 in 46 (+2), Brasilien P.1 in 21 (+6) ○ Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 17.02.2021) ▪ Zunehmender Anteil VOC ▪ Daten aufgrund unterschiedliche Testmethoden und teilweise sehr geringer Datenlage vorsichtig zu interpretieren ▪ B.1.1.7 in vielen Ländern über 30% ▪ Frankreich Grand-Est relativ viel VOC B.1.351 (18%) • Erster „human challenge trial" gestern von" GB angekündigt ○ Es werden 90 freiwillige 90 junge Erwachsene gesucht ○ Diese sollen dem Virus der ersten Welle (geringeres Risiko für junge Erwachsene) ausgesetzt werden ○ Ziel: Studieren der Immunantwort, Ermittlung der geeigneten Virusdosis • Neues RRA WHO/FAO/OIE: Spillover Risiko von SARS-CoV-2 von Pelztierfarmen auf Menschen ○ Sehr gutes RRA, nach Regionen aufgeteilt ○ Risiko in Europa aufgrund der höchsten Dichte an Pelztierfarmen am höchsten, gefolgt von Asien und Amerika • [redacted] **National** • Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier)	ZIG1 [redacted] FG32 [redacted]

- SurvNet übermittelt: 2.369.719 (+9.113), davon 67.206 (2,8%) Todesfälle (+508), 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw.
- Fälle IST 3.177 (Rückgang)
- Geimpfte N1 3.085.114 (+88.829), N2 1.634.786 (+50.299)
- Keine großen Veränderungen, weder positiv noch negativ
- 7-Tage-Inzidenz BL
  
  - [redacted]
  - [redacted]
  - Anstieg durch VOC kann nicht ausgeschlossen werden
  - In allen BL Plateau, die meisten liegen über der politisch erwünschten Inzidenz von 50/100.000
- 7-Tage-Inzidenz geografisch: vor allem hoch an bayrischer Grenze zu Tschechien, TH, SL, am höchsten in Kreisen Tirschenreuth, Wunsiedel im Fichtelgebirge, Hof, etc.
- Todesfälle letzte 14 Tage, neue Karte (ähnlich ECDC)
  - Färbung= Todesfälle/100.000 Einwohner
  - Zahlen auf Kreisen= absolute Werte
  - Aktivität am stärksten von wo die meisten Todesfälle und höchste Zahl pro Einwohner übermittelt wird
  - Kreise im südöstlichen Deutschland mehr betroffen
  - Gesondert für >70 und >80-jährige: generell ähnliches Muster, mehr Todesfälle/100.000 in Ostdeutschland
- Mortalitätssurveillance Stand 15.02.2021
  - Wird nun immer montags publiziert
  - Rückgang Anzahl von Todesfällen auch hier deutlich
  - Leichter Rückgang der Übersterblichkeit

- Diskussion
  - Fallsterblichkeit: Ist anhand der Daten absehbar, worauf sich diese einpendelt? Kann die Dunkelziffer abgeschätzt werden?
    - Fallverstorbenen-anteil insgesamt 2,8%, nach Altersgruppen sehr verschieden, bei älteren bis zu 30%, bei jüngeren nur sehr geringer Anteil
    - Von welcher Fallsterblichkeit gehen wir bei 60-70-jährigen aus? Wurde noch nicht mit Meldedaten abgeglichen, ist aber geplant
  - Virusvarianten VOC
    - Meldedaten können nicht mit VOC verknüpft werden, ggf. ist sichtbar, welche Labore welchen Anteil an VOC geliefert haben?
    - [redacted]
    - Durch Wetter mehr Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen?



    - Höhere Übertragbarkeit der VOC ist ein Faktor, aber nicht alleinig entscheidend
    - In ARS gibt es keinen Hinweis auf viele VOC
    - Übertragbarkeit ist was Inzidenzen angeht nur ein Parameter, wir sehen aber durch höhere Übertragbarkeit, dennoch sehen wir größere Ausbrüche auch im Kitabereich z.B., macht nachdenklich, wird sich erst sekundär in Inzidenzen zeigen
  - Lebenserwartung in USA aufgrund der Pandemie um 1 Jahr zurückgegangen
  - UK hat durch Lockdown Rückgang bewirken können, was wurde dort genau gemacht
    - UK hat stärkeren Lockdown mit größerer Mobilitäts-beschränkung im Vergleich zu Deutschland um den Jahreswechsel als Zahlen in UK noch steigend waren
    - ZIG1 bitte genauer eruieren

ToDo: ZIG1 bitte mehr Informationen zu Lockdown-Maßnahmen in UK präsentieren

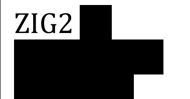
2

Internationales (nur freitags)

ZIGL [redacted]


[redacted]

Vorstellen von zwei systematic reviews aus dem Herbst 2020
Classification schemes of high risk areas (slides hier)

ZIG2 [redacted]


- This report was already shared within RKI for comments
- Question: How did different countries decide on (high) risk area classification and which policies resulted from this?
- Results
  - Search showed only one peer-reviewed publications from Mongolia, web scraping delivered 43 policy documents
  - Most from Europe (29), Americas (7), Asia (5), Oceania (2), Africa (1)
  - 44 countries included: 6 had domestic, 38 international classification schemes

- 38 countries with international classification most used count per 100,000 inhabitants, cut-off ranging from 20-50, use of different primary and secondary criteria
- Resulting policies 2020
  - Restrictions on internal movement: first in Bolivia; no restriction in African countries Jan-Feb; Mar-Aug 50% of countries applied restrictions
  - International travel control policies: first in Bolivia, Hong Kong, Taiwan; 50% of countries Mar-May; Oceania continued border closure until Dec 2020

Effect of travel restrictions on COVID-19 (slides hier)

ZIG2  [redacted]

- Question: effects of travel policies in COVID-19 pandemic
- Results
  - 69 peer-reviewed publications analysed
  - 3 policies evaluated
    - Border closure: may reduce spread across countries if implemented early, but may adversely affect epidemic size, less effective than community measures
    - Quarantine: can reduce number of cases, but less effective than lockdown and if not followed by testing
    - Travelers screening: least effective, unlikely to detect large number of cases, can be increased with sensitive screening
  - Travel policies adopted by 31 countries in all regions in 2020 (see slide 6)
- Discussion
  - More details on the comparison are available in the report (e.g. on specific measures and combination of border closure with other measures)
  - Main message of report: travel restriction policies are much more effective if combined with other Non-pharmaceutical interventions (NPI)
  - Are there differences in effectiveness depending on the continent? Not enough studies to tease this out
  - Können unterschiedliche regionale Verläufe teilweise durch verschiedene „border closure regimes" erklärt werden? Verfügbare Evidenz hierzu ist nicht schlüssig, keine klare Aussage möglich
  -  [redacted]
  - Schließung von Grenzen bei Pandemien kann Zeit gewinnen, wie viel Zeit kann gewonnen werden? Ist aktuell nicht ableitbar, stärkste Studie ist Lancet Studie letztes Jahr zu travel restrictions bei COVID-19: stärkste Determinante für Auswirkung von Grenzschließungen ist der Zeitpunkt derselben, je eher sie umgesetzt wird, desto stärker die Auswirkung (je früher desto mehr Zeit gewonnen)

	○ In Lancet Studie ging es um Wochen (nicht Tage bzw. Monate), zum Studienzeitpunkt gab es noch keine VOC ○ Bei 20% VOC in Deutschland scheint Versuch, Import von B.1.1.7 aus Tschechien zu unterbinden, begrenzt sinnvoll ○ Aussage zur Strenge der Auswirkung ist aktuell nicht möglich (z.B. bezüglich Ausnahmen für Pendler)	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Informationspaket für niedergelassene Ärzte zu Impfungen in Vorbereitung, soll vor Impfung in Arztpraxen fertig sein **Presse** • Am Mittwoch angekündigter Artikel zu AG Tests noch in Abstimmung, erscheint voraussichtlich nächsten Montag **BMG Erlass heute Morgen** • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted]	BZgA [redacted] Presse [redacted] FG36 [redacted]/ alle Präs

	Lagebericht Fieberkurve • [redacted] • [redacted] • [redacted] • Aus Chat: ○ Kann es an positiven AG-Tests ohne Bestätigung durch PCR liegen? d.h. Fälle sind da aber werden nicht gemeldet? ○ Wenn es an AG Tests liegen würde hätten wir eine dramatische Untererfassung. Das geben die Zahlen im DIVI-Register aber nicht her), aber aus Lagebericht raus	Alle
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Hinweis ControlCOVID-19-Strategie und Stufenplankonzept** • Seit gestern Abend online unter Strategien und Krisenpläne **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** **Dokument zu Definition „Reinfektion"** (Dokument hier) • Hintergrund ○ Komplexes Thema, international keine Falldefinitionen verfügbar (WHO, ECDC) ○ Aus BL vielfach Frage, wie damit umzugehen ist bzgl. Erfassung (auch in SurvNet) und Definition ○ Nutzung dessen, was international beschrieben ist sowie eines Arbeitsentwurfs der WHO • Vorstellen des FG36/32/Labor Entwurfs der Entwicklung von Definitionen ○ Einteilung in verschiedene Abstufungen für Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Reinfektion: sicher, wahrscheinlich, möglich ○ Lediglich sichere Reinfektion klar definierbar, wahrscheinliche bleibt Fall-zu-Fall-Entscheidung, feste Kriterien sind schwierig ○ Definition überwundene Erkrankung: schwierig, da einige langwierige Verläufe/Symptome, Limitation auf akut respiratorische Erkrankung • Diskussion • Verbesserungsvorschläge des Krisenstabs wurden teilweise sofort eingearbeitet • Neuer Schwellenwert der quantitativen PCR benötigt einen Hinweis (Kommentierung der Begründung), da die Nutzung verschiedener Werte kommunikativ schwierig ist (z.B. wird bei Entlasskriterien andere Grenze genutzt)	FG36 [redacted] alle

	• Bei potentiellen Reinfektionen, die innerhalb von weniger als 3 Monaten auftreten ist unsicher, ob es neue Infektionen sind, sie sollen dennoch als Fälle erfasst werden, um Nacheinschätzung anschließend zu ermöglichen • Anzüchtung ist schwierig, nicht jede Probe die anzüchtbar sein sollte ist anzüchtbar, gerade bei Reinfektionen spiel ggf. Antikörperstatus eine Rolle • Definition ist für GA, diese sollen damit Fälle einordnen können, wichtig ist, dass Fälle verknüpft werden können: Diagnosedatum Labor ist bereits enthalten, Zweitdiagnose Datum hinzuzufügen • Sichere Reinfektionen wird extrem selten sein, da Genomsequenzierung bei beiden Infektionen unwahrscheinlich ist • Aus epidemiologischer Sicht (Zielsetzung= Definition für Surveillance) ist die Rede von wahrscheinlicher Reinfektion akzeptabel (nicht virologisch), epidemiologische Einstufung muss für GA handhabbar sein • Weitere Analysen können unternommen werden, Surveillance kann Hypothesen generieren die bestätigt werden sollten • Antikörpernachweise wurden diskutiert und nicht aufgenommen • Spezialfall bei Immunsupprimierten ○ Unterscheidung zwischen Virusevolution, Neuinfektion, Dauerausscheidung ○ Immunsupprimierte sollten regelmäßig kontrolliert werden, sollten hier außen vorgelassen werden, da sie individuelle Betrachtung benötigen ○ Es können nicht alle Konstellationen differenziert in der Surveillance abgebildet werden ○ ZBS1: haben eine immunsupprimierte Person, die monatelang positiv war und die ggf. mehrfach sequenziert wurde, könnte erneut detailliert angeschaut werden ○ Immunsuppression wird als Risikofaktor erfasst • Entwurf geht in weitere Abstimmung, AGI etc.	
8	**Update Impfung** **(nur freitags)** **Aktuell 3 Themen im Fokus** • Impfung Astra Zeneca Vakzine ○ 800.000 Dosen verfügbar ○ Medien berichten vermehrt Nebenwirkungen (NW), dies ist nicht ganz überraschend, NW-Profil ist bekannt ○ Es werden mehr jüngere Erwachsene geimpft, diese sind häufig reaktogener als ältere Menschen ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] • Neue Evidenz ○ Publikation aus Israel: 85%Inzidenzreduktion nach 1. Dose ○ Daten zeigen, dass bei Geimpften nur gelegentlich noch Infektionen vorkommen ○ Deutliche Reduzierung der Dauer des Sheddings (1 Woche)	FG33 [redacted]

- Viruslast signifikant niedriger
- Geimpfte ähnlich gut geschützt vor Reinfektion wie nach durchgemachter Erkrankung
- [redacted]

* Anpassung Impfstrategie
  - Überlegung zur Impfung von Gruppen, die nicht STIKO-Empfehlung entsprechen
  - Massenimpfung ab Mitte des 2. Quartals, ca. 70 Mio. Impfdosen vorgesehen
  - Ggf. früheres Erreichens des Herdeneffektes
  - [redacted]
  - [redacted]

* Diskussion
  - Gibt es Hinweise, dass Impfung höhere Immunität bewirkt als natürlich Infektion?
    - In Zulassungsstudien werden in Kontrollgruppen oft Seren von Rekonvaleszenten benutzt
    - Bei mRNA Impfstoffen ist die Effektivität höher bei Infektion, bei Astra Zeneca ähnlich (ist dies richtig?)
    - In Studien keine Aufteilung in milde/schwere Fälle
    - Korrelat für Schutz ist noch nicht optimal etabliert, höhere neutralisierende Ak sind mit Schutz gleichzusetzen
  - Wenn niedergelassene ÄrztInnen impfen, sind zeitnahe Infos über das Schicksal der Impflinge unwahrscheinlich, wird das Monitoring dann eingestellt? Wie soll dann vorgegangen werden?
    - Digitales Impfmonitoring (DIM) wird gerade mit viel Geld und Arbeit etabliert, das System ist eventuell nicht weiterbetreibbar, wenn Impfungen dezentralisiert werden
    - Diskussionen laufen auf Hochtouren, in wie fern KV System genutzt werden kann, um Minimaldatensatz von KV an DIM zu übermitteln
    - Dies ist eine große Herausforderung, es handelt sich um sehr neue Impfstoffe, ein enges Monitoring ist essenziell
    - Je mehr Datenquellen und Zeitverzüge desto schwieriger
    - [redacted]

	○ Gibt es neue Infos zu VOC und Shedding? ▪ Paper aus Israel zu Astra Zeneca Impfstoff: beinhaltet UK-VOC, sieht eher eingeschränkt aus, Paper wird geteilt, dies ist wichtig für Quarantäneerwägung für Geimpfte ▪ Studie aus USA: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102017?query=featured_home	
9	**Labordiagnostik** **FG17** • 581 Proben, 43 SARS-CoV-2 positiv, 56 humane Rhinoviren, 13 saisonales Coronavirus (NL63), Proben aus unterschiedlichen Gegenden (kein lokaler Ausbruch), 1 Probe Parainfluenza **ZBS1** • 457 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, 143 positive, 31,3%, 300 studienproben für diverse Studien, Unterstützung von Ausbruchsuntersuchungen	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Antikoagulationsbehandlung** • Gibt es Empfehlungen zur Anwendung von niedermolekularem Heparin im stationären oder ambulanten Bereich? • Nein, es ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung, es sind keine guten Daten für den ambulanten Bereich verfügbar, bei Beratungs-anfragen werden Einzelfallentscheidungen getroffen • Nutzung von Heparin eher bei älteren und Patienten mit Risikofaktoren, z.B. bei Monitoring hinsichtl. Niereninsuffizienz • Expertenbeiratssitzung: für Patienten mit Risikofaktoren für thromboembolische Entwicklung ist Entscheidung fallbasiert, es gibt keine Empfehlung/Stellungnahme durch Fachgesellschaft • Leitlinie wird aktuell überarbeitet, ggf. gibt es hierzu Äußerungen, IBBS behält dies im Auge	VPräs/IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** (nur freitags) **Pakt für den ÖGD** • Es sind Mittel für IGV Flughäfen und Häfen vorgesehen • [redacted]	FG38

	• Entscheidungen im März 2021 **Weitere Themen** • [redacted] • [redacted] • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted]	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Füllung der LZ-Position leider sehr unzuverlässig, viele MA sagen kurzfristig Schichten ab (Gründe werden nicht immer angegeben) • RKI ist nicht aufgestellt, um jahrelang ein LZ zu führen • Bitte an andere Abteilungen zu kommunizieren, dass Einträge verbindlich sind, Verlässlichkeit ist ganz wichtig • Insbesondere in FG, die sich auch fachlich mit COVID-19 auseinandersetzen bestehen aktuell Personen-Engpässe • Krisentätigkeit ist prioritär • AL3 hat gestern erneut Bitte an alle AL geschickt, mehr MA aus ihren Abteilungen im LZ mitarbeiten zu lassen, es werden nun auch mehr Leute angesprochen, die bereits geschult wurden • Wir müssen überlegen wie wir wieder auf normalen Betrieb zurückgelangen, alle sind erschöpft durch allgemeine Fatigue aber auch LZ-Aktivität, die Kräfte sind langsam erschöpft • Eingehende Anfragen können jedoch in anderer Struktur nicht geleistet werden, es ist massiv mehr Unterstützung notwendig • Wie kann dies längerfristig aufrechterhalten werden?	FG38

	• Spezifischere Rückmeldung wäre gut, denn aktuell erhalten motivierte MA Appelle genau wie jene, die sich nicht aktiv einbringen • Abt. 3 bemüht sich, spezifischer zu sein	
15	**Wichtige Termine** • [redacted] morgen Townhall Meeting zu Impfungen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2020, 13:00 Uhr, [redacted]	